



Příloha III/3

**Alfa handicap – sdružení občanů se zdravotním postižením
přerovského regionu z.s.
Náměstí Svobody 1963/4, Přerov I -Město , 750 02 Přerov 2**

Registrace ve spolkovém rejstříku vedeném u Krajského soudu v Ostravě v odd.L vložce č.5645

Telefon 581 206 925, 739 504 512, 739 504 954 email: alfaprerov@centrum.cz www.alfaprerov.cz

Žádost

o poskytování sociální služby osobní asistence:

1. Žadatel:

Jméno, příjmení a titul:	
Datum narození:	
Bydliště:	
Adresa poskytování služby:	
Telefonický kontakt:	
E-mail:	

2. Opatrovník - případný jiný zástupce:

Jméno a příjmení:	
Vztah k zájemci:	
Telefonický kontakt:	
E-mail:	
Rozhodnutí soudu, plná moc:	

3. Rozsah požadované osobní asistence:

	Časový rozsah:
Pondělí:	
Úterý:	
Středa:	
Čtvrtek:	
Pátek:	
Sobota:	
Neděle:	

4. Požadované úkony dle § 5 vyhlášky 505/2006 Sb.v platném znění:

Ano	Ne	Požadované úkony:
		Pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu
		Pomoc při osobní hygieně
		Pomoc při zajištění stravy
		Pomoc při zajištění chodu domácnosti
		Výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti (např. pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou, pomoc s nácvikem a upevňováním motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností)
		Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím (doprovázení a doprovody)
		Pomoc a podpora při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí

5. Předběžný zájem o zahájení služby:

Datum:	
--------	--

Prohlášení žadatele:

1. Žadatel svým podpisem potvrzuje pravdivost údajů uvedených v žádosti.
2. V souladu s ustanovením zákona č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů, uděluje žadatel svým podpisem souhlas se zpracováním a uchováním osobních údajů, které souvisí s podanou žádostí, a to pro dobu nezbytně nutnou.

Žádost podána v: dne:

Podpis žadatele:

Podpis opatrovníka/ zákonného zástupce:.....